

Evaluatie Samenwerking jeugdaanbieders in de zorg voor jeugd¹

Inleiding

Jeugdhulp en JGGZ werken samen in de zorg voor de jeugd. In het visiedocument m.b.t. deze samenwerking is gezamenlijk een aantal visie doelstellingen / uitgangspunten geformuleerd, die voortvloeien uit de gezamenlijke visie op de zorg aan jonge kinderen en die noodzakelijk zijn om goede zorg te kunnen bieden aan deze doelgroep. Deze uitgangspunten zijn: Infant Mental Health (IMH) visie, handelingsgerichte diagnostiek, evidence based diagnostiek, samenwerking met verwijzers en hulpverleners in het voorliggend veld en ketenpartners en Matched Care & Stepped Care. Voor het evalueren van de samenwerking en in hoeverre bovenstaande uitgangspunten in casussen, waarbij zowel Jeugdhulp als JGGZ betrokken is, zijn gevolgd, is gekozen gebruik te maken van de dialoogtafelmethodiek, ontwikkeld door de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Friesland².

Werkwijze

Hulpverleners van elke locatie waar deze samenwerking plaatsvindt, hebben één casus per locatie geselecteerd (n=4). Ouders van alle vier locaties hebben toestemming gegeven om mee te werken en zijn vervolgens geïnterviewd door een onderzoeker van de AWTJF aan de hand van topiclijst. Deze topiclijst is samen met betrokkenen ontwikkeld en had betrekking op specifieke thema's, gerelateerd aan de diagnostiekfase, zoals de aanmelding, ervaren uitkomsten en tevredenheid, contact met hulpverleners en afstemming tussen hulpverleners, verwijzers e.d. Het verslag van het **interview** – door de ouders goedgekeurd - is tijdens een gezamenlijk gesprek, een zogenaamde **dialoogtafel**, aan betrokken hulpverleners en collega's voorgelegd. Hiervoor is van te voren met betrokkenen een voorgestructureerde agenda opgesteld. Onder leiding van een **onafhankelijk voorzitter** hebben deze hulpverleners gezamenlijk gereflecteerd op de weergegeven ervaringen van ouders en in hoeverre de benoemde ervaringen herkenbaar zijn en ook in andere trajecten binnen het samenwerkingsverband spelen. Vervolgens hebben zij gekeken in hoeverre de genoemde punten volgens hen incidenteel of structureel zijn, wat de positieve en belemmerende **factoren** zijn (aan de hand van het model uit figuur 1) en wat zorgt ervoor dat dingen goed gaan of stagneren (mogelijke oorzaken). Daarnaast hebben zij samen nagedacht over aanbevelingen. De deelnemers aan de dialoogtafel hebben vervolgens het **verslag** van dit gesprek gelezen en konden hun reactie geven. Na vaststelling van het verslag hebben de onderzoekers van de AWTJF de belangrijkste inzichten per dialoogtafel visueel weergegeven in een zgn. **casus profiel**. Deze afzonderlijke profielen zijn vervolgens samengevoegd in dit **overkoepelend overzicht** van de belangrijkste bevindingen uit de evaluatie.

Terugkoppeling uitkomsten

De hier weergegeven bevindingen zijn afkomstig uit bovengenoemde interviews met ouders en de met professionals gehouden dialoogtafels. Het doel van deze gesprekken was om vanuit de **verschillende perspectieven** terug te kijken op het diagnostiektraject. Die verschillende perspectieven leveren zicht op positieve en belemmerende factoren op meerdere niveaus (namelijk gezin, professional, organisatie en interventies) die in de beleving van de betrokkenen een rol hebben gespeeld in de uiteindelijke resultaten van het diagnostiektraject. *Het gaat dus om een **reconstructie van beleving** en niet persé om een reconstructie van feiten.*

Figuur 1: Conceptueel model beïnvloedende factoren



Toelichting conceptueel model

Een uitkomst van een ondersteuningstraject is altijd het resultaat van **meerdere factoren**, die samen tot een bepaalde uitkomst leiden, dus niet het resultaat van één succesfactor of één belemmerende factor op zichzelf. Deze beïnvloedende factoren kunnen te maken hebben met het gezin, met de betrokken professionals en de organisatie waarin wordt gewerkt of met de ingezette interventies.

Een **succesfactor** heeft in gunstige zin bijgedragen aan een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoge motivatie (gezin), goede samenwerking (hulpverleners) of bewezen effectieve hulp (interventie), e.d. Een **belemmerende factor** heeft de potentie de uitkomst van het hulpverleningsproces negatief te beïnvloeden en/of draagt bij aan een suboptimale uitkomst. Het gaat dan bijvoorbeeld om negatieve verwachtingen over de ondersteuning (gezin), hoge werkdruk hulpverleners (organisatie), gebrek aan maatwerk (interventie).

Leeswijzer profiel

De positieve factoren op verschillende niveaus zijn weergegeven in de groene blokken. De belemmerende factoren in de rode blokken. Als een factor is voorzien van een ^c betekent dat dat deze factor specifiek is genoemd in relatie tot de casus die is besproken. Bij de vetgedrukte factoren zijn de mogelijke achterliggende oorzaken in kaart gebracht. Als een factor zowel in een groen als in een rood blok voorkomt, kan dat duiden op een verschil in de genoemde factor in de specifieke casus en in het algemeen in andere casussen. Ook kan het betrekking hebben op verschillende fasen in hetzelfde traject.

¹ Mocht u deze presentatie van bevindingen willen verspreiden, dan verzoeken we u de volgende bronvermelding aan te houden:

Evaluatie Samenwerking Jeugdhulpaanbieders in de zorg voor jeugd m.b.v. de dialoogtafelmethodiek. Academische Werkplaats Transformatie Jeugd Friesland. Leeuwarden.

² Voor meer informatie of contact zie www.awtjf.nl

CASUS BESCHRIJVING

Jeugdige: kind van 5 jaar met gedragsproblemen op reguliere basisschool (druk, beweeglijk, snel gefrustreerd en last van woedeaanvallen), is ondertussen geplaatst op behandelgroep en interne kleuterklas

Samenstelling gezin: ouder en kind

Opleidingsniveau ouder: MBO

Inkomen ouder: vrijwilligers werk

Hulpgeschiedenis: 2017 – heden

Verwijzing door Integrale Vroeghulp (2 maanden), Kennismaking en informatieverzameling (2 maanden),

Diagnostiek fase (2 maanden), Adviesgesprek, Psycho-educatie, Oudertraining



POSITIEVE FACTOREN (en mogelijke oorzaken)

GEZIN

Motivatie:

↑ ouder is betrokken, gemotiveerd en denkt actief mee °

Acceptatie problematiek:

↑ ouders herkennen gedrag zoon in diagnostisch beeld door hulpverleners °

PROFESSIONAL

Alliantie/samenwerking tussen ouder en hulpverleners:

↑ nemen veel tijd voor ouders °

↑ sluiten aan bij vragen, wensen en mogelijkheden ouders °

↑ staan naast de ouder(s) en geven steun aan ouders

↑ zijn laagdrempelig voor ouders (korte lijnen) °

↑ lappen ouder bij afspraak

↑ zijn flexibel in afspraken en sensitief in manier van informatie aanbieden aan ouders

↑ één aanspreekpunt (OBD-er) geeft duidelijkheid en gevoel van vertrouwdheid voor ouders °

Grondige probleemanalyse:

↑ hebben oog voor de brede context van de problemen °

↑ starten altijd met ontwikkelingsanamnese, inclusief hechting van een kind

↑ trekken niet te snelle conclusies en zijn voorzichtig met diagnoses

Goede afstemming tussen professionals jeugdhulp en JGGZ:

↑ korte lijnen tussen hulpverleners

↑ persoonlijke relatie hulpverleners

↑ fysieke nabijheid van werkplekken

↑ onderlinge afstemming wie voor ouders het aanspreekpunt is

↑ OBD-er vervult coördinatierol tussen ouders en hulpverleners °

Samenwerking tussen professionals (intern):

↑ regelmatige multidisciplinaire voortgangsoverleggen (6-8 weken) met relevante betrokken hulpverleners

Samenwerking tussen professionals (extern):

↑ gezamenlijk gesprek van hulpverlener, school en Integrale Vroeghulp met ouder °

↑ aanwezigheid verwijzer bij kennismakingsgesprek

↑ nemen proactief contact op met school, peuterspeelzaal, kinderopvang, e.d. °:

↑ kijken wat mogelijk is op school vanuit onderwijs

↑ meestal terugkoppeling naar verwijzer en gebiedsteam (bij toestemming ouders)

ORGANISATIE

Uitnodigende en vriendelijke setting (huiskamersetting) °

Traject rondom kind wordt geprobeerd vorm te geven als één traject, ondanks dat verschillende hulpverleners vanuit verschillende organisaties betrokken zijn °

Samenwerking JGGZ en jeugdhulp houdt hulpverleners scherp:

↑ beide brengen eigen specifieke expertise in en vullen elkaar aan

Aanwezigheid GZ-psycholoog bij diagnostiek bespreking °

Snelle beschikbaarheid behandelgroep en diagnostisch onderzoek °

INTERVENTIES

Inzet handelingsgerichte diagnostiek (stap voor stap) i.p.v. onderzoeksdiagnostiek (gericht op diagnose)

Gebruik Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd (DC 0-5)

Diagnostiek volgens richtlijn ADHD (PICS) °

Inzet oudertraining 'Behavioral Parent Training Groningen' (BPTG) °

Handelingsgericht werken op de groep

UITKOMSTEN

Tevredenheid: hoog

Doelrealisatie:

Jeugdige

• Gaat goed op de behandelgroep en in de interne kleuterklas;

Ouder

• Diagnose kind geeft ouder duidelijkheid;

• Ouder heeft handvaten en begeleiding ontvangen voor omgaan met kind.



Doelrealisatie

• Niet genoemd

BELEMMERENDE FACTOREN (en ↑ mogelijke oorzaken)

GEZIN

Scheidingsproblematiek

Motivatie:

↑ ouders verschillen van mening over de problematiek °:

↑ één ouder had geen hulpvraag °

↑ no show van ouders voor afspraken

↑ ouders hebben nog geen concrete hulpvraag:

↑ gebrek aan acceptatie beperkingen / problematiek kind

Ouders hebben soms moeite met het vertrouwen van hulpverlening

Ouder was onzeker geworden hoe ze met kind om moest gaan door opmerkingen familie en vrienden °

PROFESSIONAL

Alliantie tussen ouder en (school)professionals:

↑ ouder en school verschillen van inzicht over of zoon op school kon blijven °

↑ als uit kindfactoren blijkt dat kind kenmerken heeft van bepaalde diagnose is het lastig om alvast diagnostiek in te plannen, als ouders moeite hebben met acceptatie van beperkingen / problematiek kind

Regiebehandelaar is niet altijd beschikbaar voor overleg:

↑ soms wordt in de agenda geschoven en moet de regiebehandelaar naar de poli

Samenwerking extern:

↑ professionals koppelen advies/uitslag niet altijd terug aan verwijzende huisarts

↑ school was niet betrokken bij intake, ondanks dat bekend was dat school wel een hulpvraag had

↑ hulpvraag school verschilde van hulpvraag ouder °

ORGANISATIE

Diagnostiektraject duurt soms (te) lang:

↑ wachtlijsten: op korte termijn geen ruimte voor onderzoek of op de groep

↑ beschikbaarheid hulpverleners/capaciteitsproblemen

↑ soms is aanvullende ontwikkelingsanamnese nodig in het kader van aanvullend onderzoek

Samenwerking jeugdhulp en JGGZ in één traject:

↑ Werkdruk voor hulpverleners:

↑ moeten zelf relevante informatie over kind uit emails halen en in eigen dossier opnemen

↑ hulpverleners van jeugdhulp en JGGZ beschikken over verschillende informatie over kind/gezin:

↑ niet alle relevante informatie is in dossier opgenomen

↑ gebrek aan gezamenlijk cliëntendossier / geïntegreerd informatiesysteem voor cliënten

Samenwerking (extern):

↑ terugkoppeling van uitkomsten onderzoek aan verwijzer is afhankelijk van betrokkenheid verwijzer

↑ terugkoppeling aan huisarts is niet vanzelfsprekend (gebrek aan procedure)

↑ implementatie Friese verwijsindex nog niet afgerond

↑ het is voor andere betrokken hulpverleners niet duidelijk dat er een traject rondom het kind loopt

Financiering:

↑ complicaties door 'hoofdaannemerschap' en 'onderaannemerschap' in de financiering van trajecten

INTERVENTIES

Diagnostiek is lastig te beoordelen bij jonge kinderen:

↑ altijd voorlopige / tijdelijke diagnose bij jonge kinderen:

↑ twijfel over diagnose als kindfactoren niet eenduidig zijn